FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

10

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ · MANGUINHOS

ANO 2 · Nº 10 · JUNHO DE 1988

A REFORMA NOS ESTADOS

Silvio Ferreira/Agência Globo

São Paulo convive com a contradição de ser ao mesmo tempo o estado mais rico do País, mas possuir, por outro lado, grandes bolsões de pobreza quase absoluta, onde sua população não tem acesso à infra-estrutura mínima de saneamento.

SÃO PAULO ENFRENTA CRISE NA SAÚDE MUNICIPALIZANDO QUASE TODA A REDE

O Projeto RADIS esteve em São Paulo e fez um diagnóstico da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) naquele estado, onde se verifica o maior índice de municipalização do sistema de saúde no Brasil, com as prefeituras de 453 municípios (de um total de 572) tendo assinado seus convênios com a Secretaria, passando a gerir em suas cidades a rede que anteriormente pertencia ao estado e ao Inamps.

Para garantir a continuidade do processo, no último dia 18 de junho foi assinado o convênio do Suds para 1988, com o repasse de Cz$ 250 bilhões do Ministério da Previdência para o estado, a serem aplicados tanto em investimento como em custeio.

Estado onde o Secretário de Saúde acumulou o cargo de Superintendente Regional do Inamps, o que agilizava o processo de unificação de todo o sistema, São Paulo vive uma polêmica entre as autoridades da Secretaria de Saúde e algumas lideranças do setor, que apontam o processo de implantação do Suds como "autoritário" e questionam a postura de José Pinotti à frente da Secretaria. Esta polêmica chega, inclusive, aos critérios utilizados no funcionamento da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), onde representantes da sociedade civil organizada — ao contrário de outros estados enfocados pelo PROPOSTA — não deliberam sobre as diretrizes do sistema. Em São Paulo, a Secretaria criou Câmaras Consultivas onde a sociedade civil se representa e tem a função de acompanhar a implementação do Suds e apreciar os relatórios de atividades do sistema, podendo propor estratégias e mecanismos visando seu aperfeiçoamento.

O RADIS ouviu os dois lados da polêmica, assim como levantou dados sobre o sistema na região da chamada Grande São Paulo, foi a Campinas ver de perto a rede funcionando numa cidade de grande porte e visitou ainda o interior, onde registrou uma experiência vitoriosa de um Consórcio de Municípios que reúne 16 Prefeituras de uma mesma região que se uniram para instalar um hospital público de atendimento secundário com os recursos recebidos do Suds.

A cobertura sobre São Paulo termina com uma matéria mostrando a importância da Fundação para o Remédio Popular (Furp) no trabalho desenvolvido pela Secretaria de Saúde. Além de garantir excelente qualidade em seus produtos, a Furp — por ser uma Fundação vinculada ao Estado — consegue repassar medicamentos básicos para a rede a baixos custos, na medida que não gasta com publicidade o mesmo que as empresas privadas, além de não repassar para seus produtos encargos fiscais que oneram os medicamentos. *(Págs. 3, 4, 5 e 6)*

O golpe na reforma

Solon Magalhães Vianna escreve sobre a aprovação, pela Assembléia Nacional Constituinte, da emenda que faculta a acumulação de "dois cargos privativos de médicos". (Pág. 7)

Com estatização, não haverá falta de sangue

(Pág.8)

CARTAS

Na ponta do sistema

A Reforma Sanitária é fundamental e passa dos limites da difícil missão de reorganizar o Sistema Único de Saúde. É uma questão de justiça, em primeiro lugar. E a gente fica feliz em ver como as questões estão sendo discutidas, em ótimo nivel. Agradeço ao Projeto RADIS pelo jornal PROPOSTA, que tenho recebido regularmente.

A gente que vive longe do centro das discussões e como funcionário público atuando na ponta do sistema, quem sabe (sempre desconfiando) possamos ajudar um pouco neste difícil quebra-cabeça.

Na minha opinião, entre muitos pontos importantes, destaco a necessidade de se ter vontade política e decisão política para a implantação de uma Reforma Sanitária. É preciso ainda a participação popular no planejamento e decisão, um sistema único gerido por um fundo nacional único e a dedicação exclusiva de fato, não de mentirinha, especialmente para o pessoal médico, o que só será conseguido com a valorização adequada..

É essencial ainda desenvolver um sistema de referência e contra referência ágil e eficaz. Sem isso (para mim, que trabalho no interior, é o mais difícil de resolver) o sistema não funcionará jamais. Além disso temos que diminuir a burocracia, como carteirinhas e suas revalidações, relatórios de toda espécie, em especial os diários semanais, mensais, etc) que para mim, na situação atual, contribuem zero à esquerda, pois dificultam, atrasam, encarecem e se passa a trabalhar para eles e não para as pessoas que se atende no trabalho.

Deve-se implantar de fato, o planejamento local e municipal com coragem, mesmo correndo riscos se falhar. Cada município deve ter um orçamento próprio para a saúde, contratar agentes de saúde por concurso na própria comunidade e treiná-lo adequadamente, garantindo-lhe cursos e estágios.

Bom, falta muita coisa e não nos iludamos. Todo este discurso é frágil, pois tudo está frágil no País: a credibilidade, a economia, os partidos políticos, os poderes executivo, legislativo e judiciário.

Por ora, temos a luta. Ela nos resta. Se é loucura acreditar nela, maior loucura é abandoná-la.

Um abraço.

Antônio Schneider — Tijucas do Sul — Paraná

Paraíba contra a AIDS

Tenho a satisfação de enviar a V. Sa. alguns "folders" sobre AIDS publicados pelo Instituto de Patologia e Citologia Dr. Ely Chaves. Durante muitos anos estamos engajados na luta contra a AIDS, através de informações, orientações e da realização de numerosas palestras atingindo atualmente um público de mais de dez mil pessoas.

Estamos necessitando de mais bibliografia, bem como a atualização da mesma, inclusive de receber as publicações do Projeto RADIS, as quais eu reputo de grande utilidade para a classe médica.

Ficaríamos, pois, imensamente gratos se formos incluídos entre os profissionais que têm o privilégio de receber as informações do RADIS.

Com amizade e admiração.

Dr. Ely Chaves — Professor de Anatomia Patológica da UFPB

PROPOSTA

Jornal da Reforma Sanitária

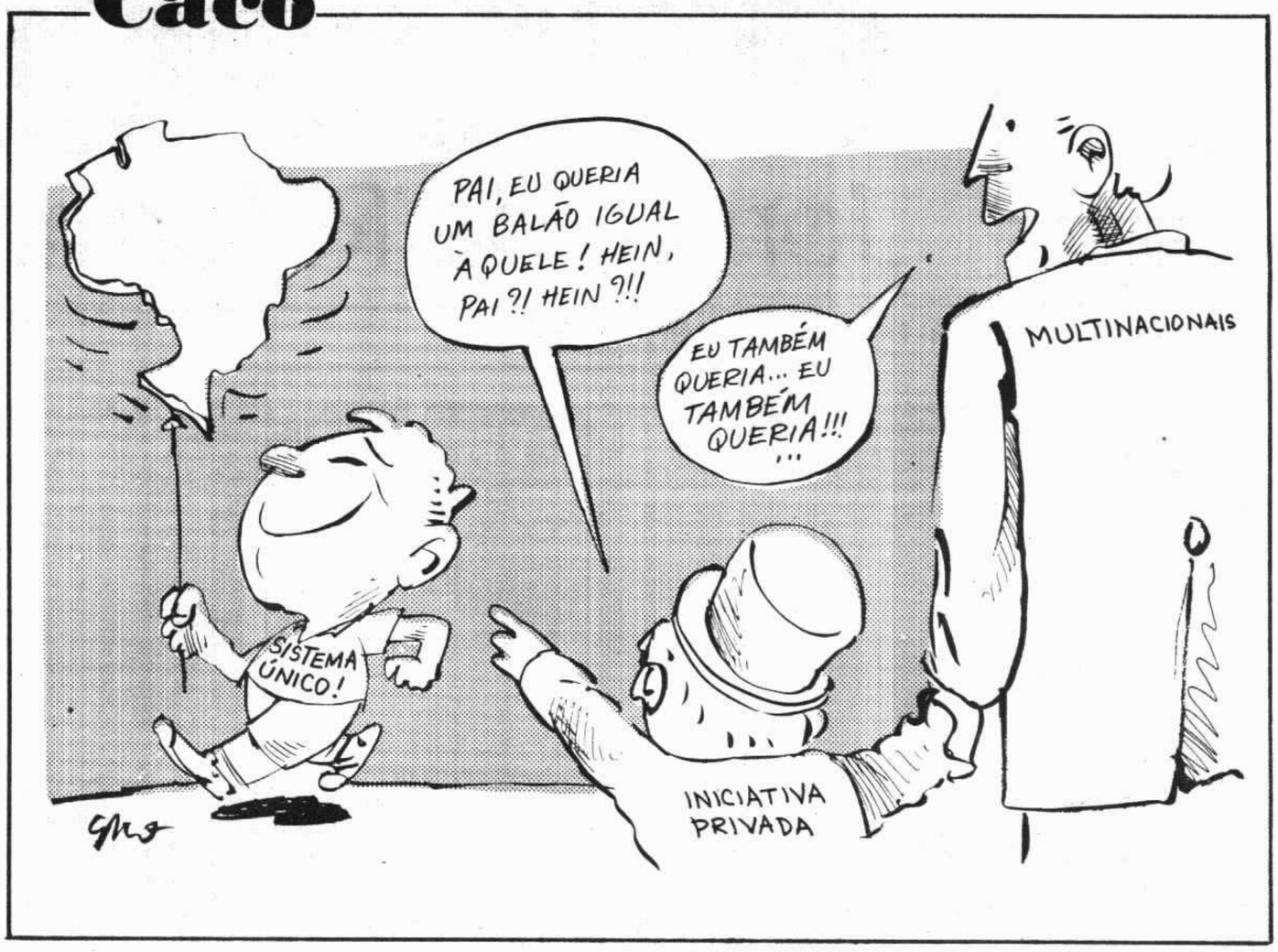
O jornal PROPOSTA é editado pelo RADIS — Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, projeto desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** e pelo **Centro de Informações para a Saúde da Fundação Oswaldo Cruz**, com a colaboração do **Inamps**.

Coordenador do Projeto RADIS: Ary Carvalho de Miranda; **Editor Responsável**: Álvaro Nascimento; **Reportagem e Redação**: Marcus Barros Pinto; Rogério Lannes Rocha e Sinval Brandão; **Ilustrações**: Carlos Xavier (Caco); **Banco de Notícias:** Simone Oliveira; **Secretaria:** Jandira Vilhena; **Arte:** Gandir Gama Neves;

Tiragem: 45 mil exemplares; **Distribuição:** Direta, via correio; **Composição, fotolito e impressão:** Jornal dos Sports S.A. (Rua Tenente Possolo, 15/25 — Rio de Janeiro)

Projeto RADIS: Av. Brasil, 4036 — salas 509/511/513/515 — CEP 21.040 — Manguinhos — Rio de Janeiro — Brasil — Tel. (021) 270-9122 Ramais 287 e 288.

Caco



DOSE DUPLA

Em julho, Congresso de Saúde Escolar

De 18 a 22 de julho, em Vitória, Espírito Santo, estará se realizando o VI Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, onde serão discutidos temas como a educação física na escola, os fatores de risco reais da aprendizagem na escola, doenças e riscos ocupacionais entre professores e profissionais que trabalham na escola, merenda escolar: alcance e limitações, equipe multiprofissional de saúde escolar, o agente de saúde escolar, educação em saúde na escola, saúde bucal em crianças e a prestação de serviços de saúde na escola e sua integração com a comunidade.

As inscrições e maiores informações sobre o Congresso poderão ser obtidas diretamente na secretaria do evento, através do Dr. William Harris (Presidente da Associação Brasileira de Saúde Escolar), na Rua das Hortências, 500 (Chácaras Primavera) — CEP 13.085 — Campinas — São Paulo.

Saúde em debate na SBPC

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) organizaram uma série de conferências, simpósios, cursos e encontros sobre saúde coletiva que serão desenvolvidos entre os dias 11 e 15 de julho, na Universidade de São Paulo (USP), durante a realização da 40ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). O Cebes aproveitará a ocasião para realizar, ainda, sua 12ª Assembléia Nacional. É a seguinte a programação e os convidados para cada evento.

Dia 11/7 (13h.) — Conferência "Política e Saúde". Conferencistas: Prof. Giovani Berlinguer. Às 15h., Simpósio "Atuais Modificações no Sistema de Saúde", com José Aristodemo Pinotti, Sergio Arouca e Hésio Cordeiro. Coordenação: Guilherme Rodrigues da Silva.

Dia 12/7 (8:30h.) — Curso "Bases Estratégicas da Reforma Sanitária", com Guilherme Rodrigues da Silva. Às 15 h., Simpósio "Pesquisa em Saúde Coletiva", com Fernando Szklo, Reginaldo Holanda e José Guedes. Coordenação: José Carvalheiro.

Dia 13/7 (8:30h.) — Curso "As AIS e o Suds", com Luiz Cordoni Júnior. Às 15h., Simpósio "Recursos Humanos em Saúde Coletiva", com Francisco Campos, Isabel dos Santos e Paulo Elias. Coordenação: Ricardo Gonçalves. Às 18h, encontro "Partidos Políticos e a Reforma Sanitária", com Euclides Scalco (PMDB-PR), Eduardo Jorge (PT-SP), Antonio Ivo de Carvalho (PCB-RJ) e Roberto Chabo (PSB-RJ). Coordenação: Marcio Almeida.

Dia 14/7 (8:30h.) — Curso "O Dilema Reformista", com Sonia Maria Fleury Teixeira. Às 15h., Simpósio "AIDS", com Luiz Jacinto, Bernardo Galvão e Paulo Roberto Teixeira. Coordenação: Euclides A. de Castilho. Às 18h., 12ª Assembléia Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

Dia 15/7 (8:30h.) — Curso "Reforma Sanitária-Brasil e Itália", com Giovanni Berlinguer. Às 15h., Simpósio "Biotecnologia e Imunobiológicos", com Jorge Bermudez e Willy Beçak. Coordenação: Dalmo Feitosa.

Ganância cruel

Um dos primeiros resultados do processo de municipalização do sistema de saúde no estado de São Paulo foi a diminuição em aproximadamente 20% das entradas de pacientes na rede privada, o que, segundo técnicos da Secretaria de Saúde, demonstra que este deveria ser o índice aproximado de fraudes, patrocinadas pelas clínicas particulares que não se submetiam, até então, a um controle rígido do serviço público.

Mas além da diminuição dos custos repassados pelos Inamps à rede privada, o processo de controle do atendimento que passou a ser realizado pelos escritórios regionais do Suds naquele estado trouxe também um atendimento mais humano à população. No município de Casa Branca, no interior do estado, a diretora do Suds, Sonia Maria Eler, citou como um dos exemplos de fraudes patrocinadas pela iniciativa privada a chamada "operação em três tempos". O fato se resume na realização de três cirurgias na mesma pessoa quando em apenas uma operação seu problema poderia ser sanado. Uma senhora de 60 anos teve seu útero retirado numa operação depois teve seu ovário extraído e semanas após teve retiradas suas trompas, quando seu estado já requeria a retirada destes órgãos o mais rapidamente possível, no primeiro diagnóstico realizado. A sede de lucros das clinicas privadas — como ficou comprovado neste caso — ultrapassava os mais elementares padrões de humanidade. Este exemplo é levantado pelos técnicos do Suds em Casa Branca sempre que aumentam as costumeiras pressões da iniciativa privada para que o serviço público interrompa o processo de fiscalização e controle das clínicas e hospitais particulares.

A REFORMA SANITÁRIA NOS ESTADOS

A queda dos índices de mortalidade infantil (de 83,9 por mil em 1979 para 35,4 por mil em 1987) é apenas um dos reflexos do esforço que o estado de São Paulo vem fazendo nos últimos anos em prol da melhoria das condições de saúde da população. Convivendo com a contradição de ser o estado mais rico do País, de maior produção industrial, e ao mesmo tempo possuir bolsões de miséria quase absoluta onde milhões de pessoas não têm acesso à infra-estrutura mínima de saneamento, S. Paulo tem hoje 32 milhões de habitantes, sendo que 15 milhões se aglomeram em torno da chamada Grande S. Paulo, região onde 38 municípios convivem com os mais sérios problemas de saúde.

Doenças como a AIDS, tuberculose, hanseníase, meningite, sarampo e diarréia dão a tônica aos relatórios sobre os principais casos que dão entrada no sistema.

A migração constante em direção a S. Páulo agrava a situação do estado, na medida que um permanente corredor de doenças está aberto em direção a uma região onde a grande concentração populacional facilita sua proliferação.

Para enfrentar essa realidade, a Secretaria Estadual de Saúde vem se utilizando do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) para melhorar as condições de atendimento à população, repassando recursos e responsabilidade às prefeituras tanto da Grande São Paulo como do interior, com o intuito de agilizar o sistema, tornando-o mais eficiente. O ideal da municipalização, marca registrada do Suds, caiu como uma luva em S. Paulo, que já possuía uma estrutura pronta para viabilizar sua implantação, tendo 62 Escritórios Regionais de Saúde (os Ersas) gerindo efetivamente o sistema desde o Governo Montoro.

Para exemplificar o sucesso da municipalização como único caminho, o Secretário José Pinotti foi enfático: "Eu não posso, de forma nenhuma, tomar conta do Centro de Saúde de Dois Córregos. Eu não conheço os médicos, não conheço os funcionários, não sei se cumprem o horário. Ao contrário, o prefeito de lá conhece, além dos médicos e funcionários, a população de Dois Córregos", quem é que vai cobrar por um atendimento eficiente.

" Este ano municipalizaremos todo o sistema "

Ex-reitor da Unicamp, ex-Secretário de Educação na gestão Montoro e Secretário Estadual de Saúde do governo Quércia, o Sr. José Aristodemo Pinotti explica, nesta entrevista, a implantação do Suds em São Paulo e como pretende municipalizar o sistema de saúde em todo Estado até o final do ano.

Radis — Como São Paulo conseguiu municipalizar seu sistema de saúde com tanta rapidez?

Pinotti — O primeiro fator é que nós já tínhamos um projeto de municipalização antes do Suds. Quando discuti com o Governador Quércia a gestão da área da saúde, um dos pontos importantes era a municipalização, mesmo porque ela faz parte da ideologia política do governador. Segundo, porque a saúde, nas últimas décadas, no Brasil, foi contaminada por uma filosofia totalmente distorcida que coloca a questão sempre na base do planejamento prolongado e pouca ação. Pelo contrário, achamos que a ação enriquece a discussão e o planejamento. O fato de nós termos feito rapidamente não significa que nós fizemos mal.

Radis — Enquanto Secretário e Superintendente do Inamps o senhor conseguiu unificar estas estruturas com mais facilidade?

Pinotti — Não foi muito difícil na medida em que eu tinha muito claro na cabeça o que eu queria da soma e da correção das duas estruturas. No Inamps eu queria corrigir o excesso de burocracia e o mau uso que se fazia dele através da ganância dos privados. Na Secretaria de Saúde queria corrigir um excesso de planejamento e o mau uso que se fazia da Secretaria em função de ideologias políticas. A soma dessas duas coisas, com as devidas correções, tinha que resultar num produto exclusivamente ligado num objetivo que é único — melhorar a cobertura e a qualidade da assistência médica à população — e fazer uma política de saúde, onde se respeita fundamentalmente a competência.

Radis — São Paulo tem uma grande concentração de hospitais privados lucrativos e filantrópicos. O relacionamento do Suds com estes serviços é tranqüilo?

Pinotti — Eu não diria tranqüilo. Nós temos tido uma série de conflitos e problemas que têm sempre sido resolvidos, porque nós temos sempre claro o que interessa ao sistema de saúde. Eu não preciso julgar pela ideologia política, pelo partido político ou outras questões menores. Julgo sempre pela competência e pela aderência àqueles princípios que eu acho que são os fundamentais em relação ao sistema de saúde.

Radis — Embora São Paulo tenha municipalizado sem pedir carteirinha de filiação aos prefeitos, o estado tem um grupo veemente de oposição ao senhor dentro do setor saúde. Sanitaristas foram demitidos da chefia de unidades e continuam protestando.

Pinotti — Tirei 104 diretores de centros de saúde não só porque foram incompetentes mas porque foram absolutamente ingênuos até na forma de reagir durante um processo de greve. Pedi aos diretores de unidades duas coisas: que me passassem uma lista de pessoas faltosas, porque o estado admite o direito de greve mas não está disposto a financiar a greve, e que fizessem um relatório diário do atendimento da demanda, porque a população não tem nada com isso, não pode sofrer ainda mais. Eu queria redirecionar a demanda caso não estivesse sendo atendida. Os diretores que não atenderam, eu demiti. Mas a maioria dos restantes 900 ou 800 diretores de centros de saúde pertencem um pouco à esta facção política que se convencionou chamar de Partido Sanitário, a quem eu respeito profundamente — a maioria dos meus colaboradores, que me cercam, é sanitaristas, e são pessoas valiosas — mas o que eu não admito é fazer uso político da máquina de saúde. Mas a crítica é sempre boa, muita delas são construtivas e a gente analisa. Outras, tolas, a gente deixa de lado. Por outro lado, a Associação não representa os médicos sanitaristas. Está dirigida por um pequeno grupo de militantes de um determinado partido, que tem atuado muito mais nos seus interesses pessoais e partidários, do que nos interesses da classe. Não vou brigar com os sanitaristas porque existe uma direção mal escolhida. Acho que devem refletir e escolher uma boa direção.

Radis — ***Uma das principais questões colocadas por este grupo é a da isonomia salarial.***

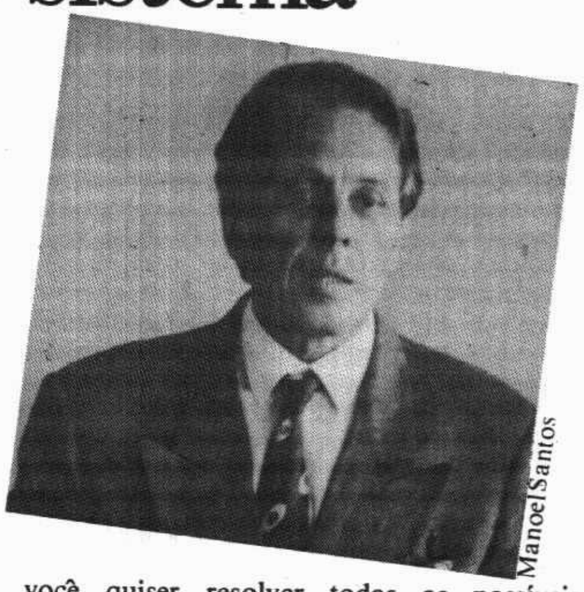
Pinotti — Bom, a isonomia salarial é uma besteira. As pessoas precisam raciocinar com uma visão um pouco mais profunda. Nós pagamos a isonomia salarial no início do processo porque o Ministro Raphael de Almeida Magalhães nos passou os recursos totais para pagar a isonomia e nós pagamos. Isso não quer dizer que se pode pagar o mesmo salário para os funcionários do sistema de saúde de norte a sul do país. Até dentro do município deve haver diferenciação de salário, pelo tipo de trabalho, pela competência, pela aderência aos princípios que norteiam o atendimento à população. O pagamento da isonomia em todos os níveis é a antipolítica de recursos humanos. Isso sem deixar de dizer que os funcionários ganham mal e que têm que ganhar mais. É por isso que estamos fazendo todo esforço para pagar a gratificação. Não sou favorável ao pagamento isonômico. Sou favorável à uma política de recursos humanos que dê melhores salários para aqueles funcionários que cumpram melhor suas tarefas no sentido de se ter uma melhor qualidade e cobertura no atendimento à saúde da população.

Radis — ***E quanto ao corte de 33% no convênio do Suds em 1988?***

Pinotti — Esse corte é desastroso. A saúde não pode ficar de fora do contexto nacional, todos temos que fazer economia, mas acho que esta economia não deveria ser feita na área da saúde. Ministérios inteiros poderiam ser fechados, grandes obras públicas são totalmente desnecessárias. Se gasta demais e destorcidamente. O processo de descentralização mostrou isso. Diminuídos em 20% os GAPs (Guias de Atendimento Primário) em São Paulo, que eram roubados. Não houve nenhum grito, porque malandro não estrila e estamos diminuindo de 8% a 12% as AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) num processo de controle e avaliação regionalizado.

Radis — ***Existe a meta de se chegar a 100% de municipalização do Estado ainda na sua gestão?***

Pinotti — Existe. Não até o final da minha gestão, mas até o fim do ano, nós vamos chegar a 100%. Daqui a três meses concluiremos a municipalização da Grande São Paulo. No interior acredito também em dois ou três meses a conclusão. Sobra a capital. Na realidade, São Paulo não foi municipalizada ainda porque havia uma certa resistência da própria área de saúde da Prefeitura contra a municipalização. Cada vez que resolvíamos um problema, eles vinham com outro. Municipalização é um ato de confiança mútua, não dá para resolver todos os problemas antes. É como um casamento. Se você quiser resolver todas as possíveis querelas antes de casar, você não casa.


Manoel Santos

Radis — ***Como é que ficam os hospitais de referência nacional?***

Pinotti — Eu esperava que o Inamps, ao distribuir seus recursos, levasse em consideração isso. Mas aconteceu o que eu previa que fosse acontecer: a POI (Programação e Orçamentação Integrada) foi deixada de lado, apesar de ótima. Infelizmente, orçamento no Brasil se faz não atendendo às necessidades pelos processos mais legítimos, mas através de se calcular quando se gastou no ano passado, se colocar um indexador de correção, que nunca reflete a inflação real, e pronto.

Radis — ***Fala-se muito em participação popular, inclusive na gestão dos serviços. Para o senhor, participação popular é o acesso ao serviço?***

Pinotti — Acho, com todo o meu vigor, que a primeira instância de participação popular é o acesso. A participação popular começa na boa oferta de serviço. Começa na transferência de informações para a população. Não de que ela está descalça, está descalça porque é pobre, é pobre porque o governo não é de esquerda ou socialista. Mas começa na transferência de informações de que verminose se apanha pelo pé e por isso não pode andar descalço. Aqueles que ficam aí com discursos, eu gostaria de dizer que a verdadeira democratização do sistema de saúde passa antes por prestar serviços eficientes e, depois disso, há todo um discurso ideológico que tem até evitado que a saúde chegue à população.

A REFORMA NOS ESTADOS

Na Grande S. Paulo, falta de recursos atrasa o processo

A chamada região metropolitana da Grande São Paulo reúne, além da capital do Estado, mais 37 municípios, com uma população estimada em 15 milhões de habitantes — o que corresponde à população total do estado de Minas Gerais ou a do Rio de Janeiro e Espírito Santo somados — fazendo com que, quando se discute implantação do Suds ou municipalização da saúde, a Grande São Paulo seja considerada quase como um Estado. Destes 38 municípios apenas seis estão com a antiga rede do Inamps e da Secretaria Estadual de Saúde sob gestão da prefeitura, 15 estão em processo de entendimentos adiantados e outros, como é o caso de São Caetano, não querem a municipalização

Fernando Proença de Gouveia, coordenar da Regional de Saúde I, responsável pela Grande São Paulo, explica que há problemas para se implementar a municipalização:

— Um dos problemas é o montante de recursos. Estes municípios geralmente pedem recursos muito altos, mesmo para despesas de custeio, porque muitas das unidades são de grande porte. Quanto à capital, estamos desenvolvendo um entendimento bastante detalhado e está se chegando a um denominador entre o que quer a Prefeitura e o que o Suds pode dar. Eles estavam pretendendo receber algo em torno de Cz$ 23 bilhões.

Um dos problemas da região da Grande São Paulo é a existência das unidades de grande porte, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (foto), que requerem um elevado montante de recursos.

Outro problema levantado por Fernando é a complexidade de algumas unidades, cuja situação tem que ser muito bem estudada. Além disso, há prefeituras que já desenvolvem programas de saúde e que precisam se adequar à linha programática do Suds, "o que implica em trabalhos nem sempre fáceis e que, não raro, geram resistências", completa Fernando.

— Nós estamos chegando a uma proposta para a Prefeitura da capital, só que a gente vai municipalizar em etapas. Vamos pegar determinadas áreas e municipalizar, onde se pode fazer mais facilmente. Este processo vai atingir toda a capital, de forma gradativa, levando em torno de um ano a no máximo 18 meses. Já temos, claro, também, que hospitais como o das Clínicas, o Emílio Ribas e o Heliópolis, que são referências estaduais e até nacionais, permanecerão sob a área de influência do Estado.

Como último aspecto de entrave, Fernando destaca a unificação da administração, que "já está sendo resolvida".

— A unificação do sistema foi atropelada. Somamos a municipalização com a unificação do Inamps e isso, claro, gerou dificuldades. Cada qual tinha sua estrutura, seu quadro funcional, suas carreiras e até mesmo sua cultura própria, já tradicional. Mas estamos absorvendo a sistemática de cada órgão e superando os problemas. Aos pouquinhos, mas estamos conseguindo.

No controle e avaliação, o perfil de um novo sistema

Uma das primeiras resoluções do Suds de São Paulo foi a criação de uma unidade de avaliação e controle, ampliando a Coordenação de Controle e Avaliação da extinta Superintendência Regional do Inamps. Para assumir a coordenadoria foi chamado Nelson Rodrigues dos Santos. Secretário de Saúde de Campinas, o segundo maior município do Estado. Pela primeira vez na história, faz questão de destacar Nelson, toda a rede pública será submetida a modernos métodos de controle e avaliação. Até então, somente os particulares conveniados e contratados estavam submetidos a este controle.

Nelson traça um quadro desta estrutura anterior, dizendo que não passava de um sistema de conferência de laudos médicos e vias de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) e fixação de cotas voltada exclusivamente para a pressão permanente de não estourar o orçamento da Previdência. "Os demais objetivos de controlar e avaliar a produção, a qualidade dos serviços ofertados à população e sua resolutividade estavam totalmente atrofiados em favor da proeminência de se controlar o orçamento". A crescenta que este fato comprova que "os serviços de saúde no estado de São Paulo continuavam a ser organizados sob o padrão dos prestadores de serviço conveniados". Segundo Nelson, este padrão influiu profundamente na organização dos serviços públicos, que sofrem com essa influência da pressão dos prestadores:

— Nós assistimos e compro vamos um quadro de sucateamento destes serviços, onde os Serviços de Pronto Atendimento Médico (PAMs) passaram a contratar centenas de profissionais sem nenhuma resolutividade ambulatorial, uma massa crítica muito poderosa e numerosa de médicos competentes tecnicamente, concursados no Inamps e, simultaneamente, membros de corpos clínicos dos hospitais contratados e conveniados. Esse componente imprimiu aos PAMs uma série de procedimentos de abaixar a níveis quase simbólicos a resolutividade, com drenagem de clientela para os hospitais conveniados. Um dos instrumentos muito em voga para isso era o não cumprimento da jornada médica nos PAMs. E foi sob esse modelo que se organizou toda a Previdência.

Além desses mecanismos de atrofia, Nelson Rodrigues aponta outros desvios, como o fenômeno dos BAUs (Boletins de Atendimento de Urgência). Sob o pretexto de se reduzir as filas nos PAMs, hospitais lucrativos contratados, passaram a atender maciçamente a população previdenciária, mas revelou-se uma resolutividade ainda mais baixa. Na verdade, deveriam atender somente os sintomáticos, mas criou-se um rodízio de primeiros atendimentos a um mesmo paciente em diversos BAUs, com um aumento brutal de demanda, consumindo o dinheiro público.

Outro fenômeno foi a "urgenciação". Cresceram as internações de urgência pelas AIHs, simplesmente porque eram melhor remuneradas pela tabela de preços do Inamps, enquanto outras patologias, com necessidade de internação real, não eram atendidas, porque a remuneração era pior:

— Outro exemplo de distorção são os pagamentos por fora, porcentagens altas que ficam para os hospitais e repicavam para os médicos assistentes, em tratamento que necessitavam do uso da prótese e materiais especiais. Os fornecedores aumentavam seu preço de venda para os hospitais, que retinham percentuais em torno de 35% do valor desses mesmos materiais, com o Inamps pagando todo o custo.

Nelson acrescenta ainda a pressão para elevação das cotas de internação hospitalar por parte dos hospitais conveniados e contratados sem qualquer critério, dependendo apenas da pressão dos contratados, sem que fosse feita qualquer avaliação das suas reais necessidades ou ainda a pressão para credenciamento de unidades de terapia intensiva (que pagam mais), quando na verdade se tratavam de enfermarias simples.

Com tantas distorções como pano de fundo, Nelson Rodrigues afirma que a própria filosofia de trabalho de controle e avaliação está pautada em novos princípios, não mais controlando gastos na ótica de evitar estouro do caixa previdenciário, mas da qualidade e quantidade dos serviços de saúde segundo os interesses e necessidades da população, sejam os serviços públicos ou privados.

— Com o Suds, num processo de avanço em relação às Ações Integradas de Saúde (AIS), pela primeira vez na história a secretaria de saúde do estado e as Secretarias Municipais puderam se ver frente a frente com os desafios e a resolutividade dos serviços e puderam ter condições para começar a incorporar a assistência médica a uma estrutura anterior da baixíssima resolutividade ambulatorial de primeira linha.

Com uma nova relação de compra e venda de serviços, ao lado de um nítido reforço à estrutura pública da saúde, Nelson reconhece uma evolução ano a ano da Programação e Orçamentação Integrada (POI), "refletindo exatamente as necessidades prioritárias de oferta de serviços, na sua quantidade e qualidade, à população". Definido então metas e tetos de produtividade, cada região, município e unidade passa a ser controlada com maior efetividade, fazendo com que o desempenho seja tecnicamente mais eficaz. O cadastramento da unidades foi unificado e as práticas artesanais de avaliação e controle estão sendo informatizados.

— Um exemplo concreto, interessante e alvissareiro, mas também guardando um potencial delicado e perigoso que devemos ter competência para gerir, é a pronunciada queda das internações hospitalares já no primeiro mês da descentralização. A partir do momento em que os municípios começaram a assumir a responsabilidade da distribuição de cotas hospitalares, e de um controle ainda primário sendo exercido, acarretou a não emissão de uma porcentagem significativa de AIHs e, ainda mais, significou uma redução sem nenhuma revolta dos hospitais. Inaugurou não só um instrumento fortíssimo de controle, como possibilidade de diálogo da autoridade pública com os dirigentes dos hospitais contratados e conveniados. A simples descentralização já está dando uma linha. Nós estamos preocupados que esta linha seja agora preenchida com muita consistência técnica e muita segurança da política de saúde que se pretende como o Suds, para que não deixemos nossos colegas dirigentes regionais vulneráveis a qualquer pressão.

com uma população estimada em 15

CAMPINAS:

Sanitaristas: "O processo é autoritário"

Se alguém tem deixado sem sossego o secretário estadual de saúde de São Paulo são os sanitaristas. As discordâncias relacionadas ao processo de implantação do Suds em São Paulo se agravaram com as demissões de cerca de cem diretores de unidades após a greve de novembro último e, segundo os sanitaristas, são maiores que uma questão de briga partidária entre PT e PMDB. Representam "o desmonte de algumas carreiras".

Wanderlei Bueno, presidente da Associação de Médicos Sanitaristas de São Paulo, afirma que a implantação do Suds em São Paulo está se dando de maneira "antidemocrática, principalmente pelo autoritarismo do Dr. José Aristodemo Pinotti que, desde o início, na elaboração da minuta do convênio, excluiu a cláusula da participação popular":

— Estão alijados do processo conselhos comunitários com dez anos de história. Outra questão que vem nos aborrecendo é a questão salarial, da isonomia. Ela não vem sendo cumprida e o que ocorre é que a gratificação do Suds é igual para todos, não interessando o tempo de serviço. Agravada por um atraso no pagamento desde março.

Wanderlei diz ainda que, por lei, a direção da unidade era um cargo de carreira dos médicos sanitaristas. Mas "a secretaria não respeita esta lei, levando para a gerência pessoas que não têm experiência comprovada em administração de serviços públicos e instaurando uma prática clientelista". Revela ainda uma "inversão" na direção da secretaria estadual em relação ao governo passado:

— O governo está muito mais preocupado em fazer assistência médica curativa, o tratamento sintomático, do que buscar e atacar as causas básicas das doenças.

Emerson Elias Merhy, professor do Instituto de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas (Unicamp) e uma das lideranças dos Sanitaristas, acrescenta que o secretário, em primeiro lugar, defende a unificação apenas do setor público e não de todo o sistema de saúde, e que defende como modelo tecnológico uma assistência médica hierarquizada entre uma assistência mais simplificada, como atenção primária, e uma retaguarda com tecnologia mais sofisticada:

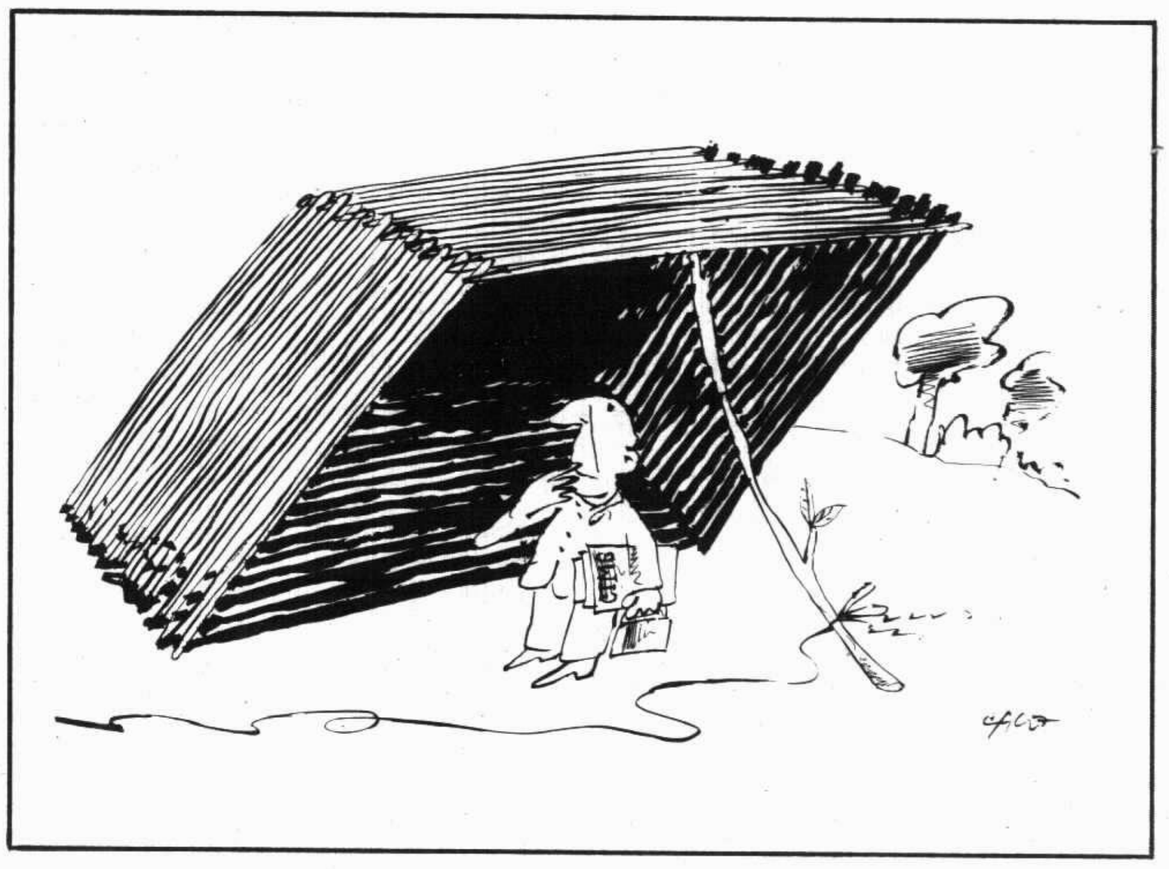
— Quer dizer, ele tem uma visão tecnológica de medicina como instrumento único e fundamental de se fazer saúde pública.

Para Emerson, só há conflito entre o modelo que vem sendo implantado e a iniciativa privada "mais selvagem, corrupta" e que o municipalizar "a qualquer preço" traz distorções:

— — Determinadas estratégias que foram colocadas pela 8.ª Conferência Nacional de Saúde, evento que traçou as bases fundamentais para a reorganização do sistema, estão sendo abandonadas. A questão dos recursos humanos e alguns procedimentos administrativos não estão de acordo. Municipalizar, descentralizar, por si só, você vê desde a Velha República, que centralizava e descentralizava, sem nenhum critério. Só isso não muda o perfil do trabalho na rede. E a rede básica, para nós, é uma rede de complexidade e não de simplicidade.

Trabalho da CIMS esbarra em dificuldades

A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) de Campinas se reúne todas as quartas-feiras, com representantes da Prefeitura, do Estado, do Inamps, da Pontifícia Universidade Católica (PUC), da Universidade de Campinas (Unicamp) e de três hospitais filantrópiocos. No último dia 8 de junho, contou ainda com a participação de dirigentes sindicais, gestores, ao lado do poder público, do Ambulatório de Saúde Ocupacional, reivindicando o atendimento às necessidades básicas para o funcionamento do Ambulatório e sua participação na CIMS.



E o que se ouviu foi um catálogo de reclamações. Líderes sindicais pediam recursos humanos e equipamentos para o ambulatório, sentindo-se discriminados. Uma representante de um PAM dizia que há 18 meses espera três aparelhos oftálmicos. O representante de um hospital filantrópico lamenta que a Unimed paga três vezes mais que o Inamps por um raio X e que seu hospital está com os aparelhos sobrecarregados por atender ao Inamps. Comentava-se que o Secretário Municipal, por ter assumido a Coordenação ao Controle e Avaliação da Secretaria Estadual está cada vez mais ausente. E até hoje não se sabe, efetivamente, se a CIMS é consultiva ou deliberativa. Afinal, ela toma decisões e encaminha resoluções. Mas elas não são cumpridas pelos órgãos competentes.

Por outro lado, servidores pedem isonomia salarial e a Prefeitura argumenta que não tem recursos. A Prefeitura diz que tem recursos para a compra de equipamentos e medicamentos, mas quando abre licitação, nenhum fornecedor apresenta proposta, alegando que o pagamento é feito muito tempo depois de fornecido o produto e que a burocracia demora nas liberações, fato grave com uma inflação a 20% ao mês. Quando há uma licitação, ela demora tanto nos trâmites legais que o recurso inicialmente disponível mal dá para executar metade do que se necessita.

O repasse de verbas ainda é feito com o Estado mandando dinheiro para a Prefeitura, para os hospitais universitários e para os filantrópicos, quando o ideal seria repassar para o Suds Regional, este para o Município e, ali, a CIMS geriria os recursos, repassando de forma controlada, de acordo com as necessidades.

Mas com tudo isso Campinas conseguiu se livrar de 50% dos imóveis alugados para a rede básica, tem uma cobertura de leitos ótima em ginecologia e pediatria, mas ainda sofre com a falta de leitos para clínica geral e cirúrgicos (há uma fila de espera de cirurgias de 1.300 casos mensais em média), com 90% dos leitos sendo de hospitais privados. E está bem em relação a outros municípios onde os Suds Regionais não têm uma administração ligada à saúde, ou de municípios onde os secretários municipais são donos de Santa Casas, ou onde ainda vale mais a amizade com o prefeito que a força de uma CIMS. Mas reclama-se, e muito, da falta de capacidade administrativa da Prefeitura em gerir não só sua rede própria de 31 postos, e agora mais cinco centros de saúde estaduais que foram municipalizados.

Domenico Feliciello, representante da PUC na CIMS e coordenador da Comissão acrescenta ainda que, por sorte, Campinas tem uma pessoa trabalhando no nível central da administração estadual, o que facilita no repasse de informações, que são ainda muito raras para os municípios.

Emerson Merhy, da Unicamp, lembra que Campinas foi o primeiro município, junto com 12 capitais, a assinar o convênio com as Ações Integradas de Saúde (AIS), teve o Secretário de Saúde como representante na Comissão Nacional da Reforma Sanitária e, por isso deveria estar mais adiantada no processo de municipalização, mas confessa estar decepcionado: "Jundiaí, um município três vezes menor que Campinas, recebeu três vezes mais dinheiro do Suds. Não é esquisito?", questiona. Acredita que não houve um real dimensionamento das necessidades do município e considera que o processo, sem participação de associações de moradores e sindicatos, vem se dando de cima para baixo. E cita Baurú e Diadema como municípios onde o processo de municipalização está dando certo, mas sem repercutir mais, porque são "pequenos" quando se pensa em termos do Estado de São Paulo.

Edson Bueno, diretor do Centro de Saúde I, o maior de Campinas, que será transformado em breve em Policlínica Municipal Central, com atendimento em Radiologia, Ginecologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho, Saúde Mental e Odontologia, conta que o salário dos servidores municipais está defasado em cerca de 75% em relação ao mesmo Inamps, reforçando a necessidade imediata da isonomia salarial.

Presente à reunião da CIMS do dia 8, o secretário Nelson Rodrigues sugeriu um "garimpar no miúdo" para se conquistar o que se reivindica, pediu confiança mútua e mais calma, afinal "esta é uma luta longa, que está apenas começando". Ele reafirmou seus compromissos com a Reforma Sanitária e revela esperança diante da consolidação de certas decisões a nível da secretaria estadual. E anuncia um pedido de Cz$ 300 milhões a fundo perdido ao Ministro da Previdência e Assistência Social para ampliação de um hospital, ainda sem a certeza de que a verba virá integralmente, mas reconhecendo que "o que vier é lucro".

Finalmente, uma luz: o Plano Diretor do Suds Regional 27, que abrange o município de Campinas, começa a ser debatido nestes dias e, dentro dele, está prevista a discussão sobre a participação de sindicatos e associações de moradores, além de entidades representativas de servidores na Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e nas CIMS. O segundo tempo de um embate que já se deu há dois anos mas, por divergências entre as centrais sindicais e a decisão de que as Comissões não seriam deliberativas, deixou a comunidade de fora.

A REFORMA NOS ESTADOS

Consórcio de Municípios recupera hospital e melhora atendimento

Com o objetivo de viabilizar soluções de problemas comuns que até então sempre tinham sido tratados de forma isolada, dezesseis prefeituras do interior de S. Paulo, que juntas representam aproximadamente 400 mil habitantes, estão implementando uma experiência revolucionária, com a instalação de um Consórcio. Formado pelos Municípios de Caconde, Casa Branca, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, São José do Rio Pardo, Tambaú e Tapiratiba (que fazem parte do Escritório Regional de Saúde n.º 55) e de Aguaí, Águas da Prata, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São Sebastião da Grama e Vargem Grande do Sul (que compõem o Escritório Regional de Saúde n.º 54), o Consórcio já atua nas áreas da informática — agilizando e barateando os custos na emissão de carnês de imposto e documentos de controle de arrecadação municipal — e de saúde, através da recuperação do antigo Hospital Adhemar de Barros e sua transformação em Hospital Regional voltado para o atendimento de todos os municípios que compõem o Consórcio.

O Presidente do Consórcio de Municípios, o Prefeito de São João da Boa Vista, Sidney Beraldo, explica o papel que este tipo de iniciativa tem na melhoria das condições de vida da população:

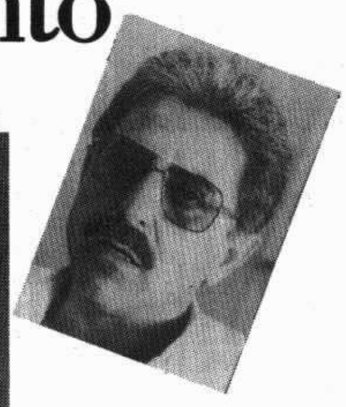
— Na medida em que você trabalha de forma isolada, você tem uma determinada força para reivindicar soluções para os problemas de seu município. Se você se une e reivindica junto, sua força aumenta. E quando você leva em consideração que os problemas de um município são muito parecidos com os dos municípios vizinhos, não há porque não buscar soluções únicas para todos.

O antigo Hospital Adhemar de Barros — com cinco andares, cinco mil metros quadrados de construção, instalado num terreno de doze alqueires cultivados com café — foi construído em 1945 e até 1978 foi administrado pela Secretaria Estadual de Saúde para doentes tuberculosos. A partir de 1979, como um reflexo de descaso com que a questão da saúde sempre foi tratada, a Associação do Hospital Adhemar de Barros, que se dizia entidade filantrópica sem fins lucrativos, propôs assumir a gestão da unidade e conseguiu efetivamente fazê-lo.

Desde 1985, no entanto, as Prefeituras dos municípios vizinhos a Divinolândia, onde o Hospital está instalado, passaram a reivindicar a volta daquela unidade ao controle público. Após longa disputa, que chegou, inclusive, aos tribunais de justiça, o Consórcio assumiu a gestão da unidade e, agora, com a verba repassada pelo Suds, está realizando várias obras de recuperação, comprando novos equipamentos e reorganizando o sistema de saúde regional para contar com uma unidade de atendimento secundário capaz de resolver os casos que até agora necessitavam ser transferidos para Ribeirão Preto, Campinas e até mesmo São Paulo.

A Diretora do Ersa-55, Sônia Maria Eler, que dirige o escritório do Suds situado em Casa Branca, explica o funcionamento do hospital:

Luiz D. Silva



Sidney Beraldo preside o Consórcio de Municípios que, com os recursos do Suds, está recuperando o antigo hospital situado em Divinolândia.

— Há um Conselho Diretor do Hospital, com quatro representantes do estado e quatro das Prefeituras, eleitos entre os Prefeitos do Consórcio. Este Conselho traça as prioridades, as diretrizes gerais e cumpre o papel de coordenador do projeto de fazer daquela unidade um hospital de atendimento terciário.

De acordo com o Projeto do Hospital Regional, ele tem como objetivo prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência, funcionando como hospital de referência para a rede pública da região; servir de campo de ensino e treinamento para estudantes de áreas ligadas à saúde, realizar pesquisa, contribuir para a educação sanitária da população e manter o atendimento aos incapacitados e excepcionais que hoje ali estão internados. Dentre as ne necessidades regionais levantadas, o projeto lista a retaguarda aos centros de saúde no atendimento à mulher, cirurgias eletivas, cirurgias de urgência, isolamento de doenças infecto-contagiosas, atendimento a queimados e outros atendimentos especializados:

O Coordenador de Projetos do Hospital, João Carlos de Oliveira, aponta no trabalho comunitário um dos principais pilares da iniciativa de retomar para o controle público aquela unidade:

— Através do hospital conseguimos viabilizar campanhas junto à população que melhoraram efetivamente a qualidade de vida, como é o caso do Banco de Óculos, quando recolhemos armações usadas para serem reaproveitadas em outros pacientes com baixo poder aquisitivo.

Só em 1988 já foram investidos mais de Cz$ 50 milhões no hospital para reforma de instalações e compra de equipamentos e segundo João Carlos "a cobertura realizada pelo hospital hoje se mostra suficiente, pois ninguém deixa de se internar por falta de leitos. Mas com a crescente melhoria do atendimento, a demanda irá crescer e a cobertura certamente ficará prejudicada. É para este momento que precisamos nos preparar".

Furp garante medicamentos de qualidade e baixo preço

O Estado de São Paulo tem uma vantagem inquestionável para superar um dos mais sérios problemas enfrentados a nível nacional pelo setor saúde: a produção de medicamentos. Vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação para o Remédio Popular (Furp) fabrica e fornece medicamentos para os serviços de saúde e assistência social mantidos pelo poder público e para entidades sindicais e beneficentes de utilidade pública.

Baixos preços e alta qualidade são as principais vantagens que a Furp oferece a seus consumidores, entre os quais se destacam a Central de Medicamentos (Ceme) do Ministério da Saúde e a própria Secretaria Estadual de Saúde. Hoje ela já exporta medicamentos para todos países da América Latina, todos fabricados em suas instalações situadas em Guarulhos. São cerca de 16 mil metros quadrados de laboratório.

Para determinar a importância da Furp para o sistema de saúde em S. Paulo, o RADIS ouviu Ninomya Tuyoshi, responsável pela Coordenação de Medicamentos Básicos da Secretaria de Saúde. É ele quem afirma:

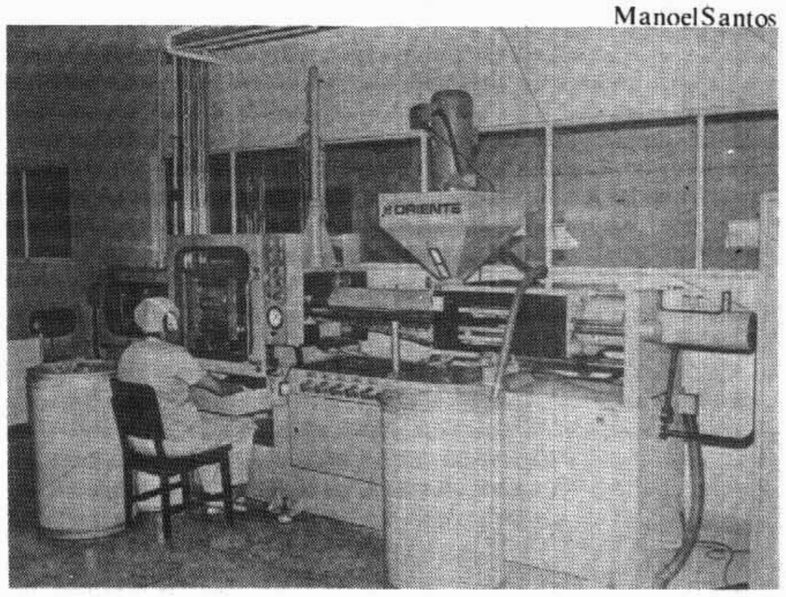
— A Furp tem uma importância fundamental para nós pois dá sustentação à política de assistência farmacêutica do estado. É muito importante você dispor de uma fábrica de medicamentos e poder orientar sua produção em função das necessidades do Suds. A vantagem aumenta se analisamos os custos dos medicamentos. Sendo uma Fundação, ela não tem muitos encargos fiscais e não onera seus custos com publicidade, que hoje encarece os medicamentos produzidos pela iniciativa privada.

Tuyoshi avalia que a Secretaria consegue economizar de 30 a 50% na compra de medicamentos à Furp, fugindo dos laboratórios particulares. Outro fator que ele ressalta no trabalho da Fundação é a agilidade administrativa que ela dá ao setor dentro da Secretaria:

— A Furp faz as aquisições dos medicamentos não produzidos por ela e distribui estes medicamentos por toda a rede. A Secretaria elabora a previsão das necessidades e cruza com seus recursos. O ato de comprar, a quem entregar e quando entregar é feito pela própria Fundação, com base nos dados elaborados no nível central do sistema.

Segundo Tuyoshi, a Furp cobre cerca de 60% das necessidades de medicamentos da Secretaria e ele avalia que com base no planejamento estratégico que está sendo elaborado agora, ela conseguirá manter esta porcentagem mesmo com a unificação da rede do estado com a do Inamps.

Manoel Santos



Para Nimomya Tuyoshi, as modernas e sofisticadas instalações da Furp asseguram o repasse, a preços bastantes inferiores aos de mercado, dos medicamentos essenciais à rede básica de serviços de saúde.

— Esse planejamento tem como um dos principais fatores a padronização de medicamentos que já estamos fazendo com o Suds. São uns 150 itens e dentro deles deveremos fixar quais aqueles que seriam de fato garantidos pelo Suds, já que eu considero utópico achar que conseguiremos garantir toda a relação.

A linha de produção da Furp ajusta-se às principais necessidades para tratamento das enfermidades mais freqüentes no Brasil. Entre eles estão os antitérmicos, analgésicos, antibióticos, antidiarréicos, ansiolíticos, cardiotônicos, anticonvulsivantes, espasmolíticos, anti-hipertensivos, neurolépticos, diuréticos, antiácidos, expectorantes, anestésicos, antianêmicos, antimicóticos e descongestionantes nasais. Ela ainda produz uma linha específica para controle de infecção hospitalar com esterilizante químico, saneante-detergente, detergente hipoclorito de sódio, além de anti-sépticos aquoso e alcoólico.

O GOLPE NA REFORMA

Solon Magalhães Vianna

Com a discreção usualmente presente no trato de questões tidas como de menor relevância, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou em sua sessão de 10 de março, emenda que faculta a acumulação de "dois cargos privativos de médicos".

A emenda, que se presumia condenada ao sepultamento na vala comum das iniciativas inconvenientes, foi aprovada quando parecia tranqüila a vitória da proposta da Comissão de Sistematização, proibindo a acumulação. Embora remetendo, perigosamente, para lei complementar a introdução de excepcionalidades, o projeto de Comissão tinha, pelo menos, o mérito de poupar o texto constitucional de mais um contra-senso.

Mas 303 constituintes (contra apenas 121 e 16 abstenções) não se convenceram de que a multiplicidade de situações de trabalho, característica do exercício da medicina no Brasil, não é solução e sim parte do problema. E o problema é fazer com que o sistema público de saúde opere com eficiência no interesse da maioria da população.

A argumentação esgrimida em favor da acumulação é lastimável. Inclui pérolas do tipo "o Brasil ainda não está suficientemente preparado para entrar na linha do funcionalismo público que deve exercer um só cargo" ou de que é necessário preservar "a tradição das nossas Constituições".

A justificativa central, entretanto, é a carência de recursos humanos. Faltam "pessoas preparadas no interior", descobriu um ilustre congressista. A disponibilidade, por conseguinte, aumentaria se esses profissionais — no caso os médicos — pudessem desfrutar do duplo emprego público. Trata-se do mesmo raciocínio equivocado que, em 1966, deu suporte "técnico" à Emenda Constitucional que passou a permitir, desde então, a acumulação de dois empregos médicos.

A escassez de mão-de-obra não mais subsiste no campo da medicina. E se a acumulação fosse a terapêutica adequada para corrigi-la, sua prescrição deveria atingir apenas os enfermeiros, a única profissão de saúde de nível superior com déficit reconhecido. A notável expansão (quantitativa) do ensino médico, iniciada na mesma época em que se institucionalizava a acumulação, aumentou a oferta desses profissionais em escala sem precedentes. Em 1960 o Brasil apresentava uma taxa de 4.4 médicos para cada 10 mil habitantes. Vinte anos depois a taxa tinha subido para 8,6/10.000. No ano 2.000 deverá alcançar 14,6/10.000.

Nada obstante, a distribuição geográfica desses recursos permanece desigual. A taxa de médicos por 10 mil habitantes no Nordeste é pelo menos duas vezes inferior à da região Sudeste, para citar só um exemplo.

Não é difícil explicar o fenômeno. Como inúmeros estudos têm comprovado, a disposição especial dos egressos de universidades apresenta correlação com o desenvolvimento econômico. Os profissionais de saúde, como os demais, não se localizam, necessariamente, onde é maior a sua falta, mas onde encontram melhores condições de vida e de trabalho.

Os mais variados incentivos já experimentados no Brasil e no exterior para corrigir a distorção, apresentam eficácia marginal, quando não fracassam por inteiro. Um dos poucos instrumentos desconcentradores que tem demonstrado algum resultado, como revela a experiência da FSESP no interior do país, é a criação de postos de trabalho em tempo integral e dedicação exclusiva, justo o regime de trabalho que é a antítese do pluralismo empregatício.

Para que o duplo vínculo pudesse incentivar — não mais que modestamente — a desconcentração da mão-de-obra, sua adoção teria que ficar restrita às áreas de carência comprovada. Ocorre, porém, que os dispositivos constitucionais — tanto o que está em vigor como o que está em debate — não permitem essa discriminação positiva.

A despeito do seu sabor corporativista, o privilégio acaba sendo prejudicial para boa parte da categoria que pretende beneficiar, ao contribuir para que o mercado de trablho fique ainda mais difícil para aqueles que se iniciam na vida profissional. Algo próximo a 8 mil jovens médicos chegam anualmente ao mercado competindo em condições desfavoráveis com os colegas mais experientes já empregados.

Vista apenas sob essa ótica poder-se-ia restringir a questão ao âmbito doméstico da corporação médica, a quem, na defesa dos seus filiados, caberia buscar soluções para minimizar os efeitos da superabundância profissional. Mesmo nesta hipótese a racionalidade e interesse da maioria dos médicos sinalizaria no sentido do emprego único, de modo a aumentar o número de vagas e impedir a sua concentração.

O problema, porém, transcende a esfera gremial por força de sua direta repercussão no funcionamento do sistema de saúde. Na verdade a multiplicidade de situações de trabalho médico — entre as quais o emprego público joga um papel importante — tornou-se um dos mais importantes fatores de ineficiência do sistema de saúde e de queda nos seus padrões de qualidade.

Pesquisa da Fundap realizada no Estado de São Paulo em novembro de 1985 entre ex-residentes, indica que é superior a 6% o percentual de médicos com cinco ou mais situações diferentes de trabalho (inclusive o consultório particular). Mais da metade dos pesquisados usufruía mais de 3 situações. Apenas 15% trabalhavam em um só local.

Tal contexto — um bom indicador da desorganização do sistema de saúde — está relacionado não somente com a acumulação de cargos em si mesma, mas também com o clima de permissividade com que ela é exercida.

Como é possível presumir a partir dos dados da Fundap, a compatibilidade de horário — um dos requisitos constitucionais para que a acumulação seja legal — não é controlada com um mínimo de seriedade e eficácia. Não há qualquer indício de que venha a ser no futuro, mantido o sistema de saúde "administrado" como tem sido.

Para boa parte dos médicos, todavia, a ocupação de múltiplos empregos pode ser a única alternativa para atingir um um nível de renda próximo de suas aspirações, ainda que implique em desgaste, desconforto e até despesas com transportes. Em um sistema de saúde caótico como o nosso, só por acaso os diferentes locais de trabalho estão próximos um do outro.

Em contrapartida, para o setor público representa, com freqüência, contar com recursos humanos que não vestem a camisa da instituição que os paga e estão menos preocupados com o exercício competente de suas atribuições do que com a hora de saída para outro local de trabalho. E, para os pacientes, resulta muita vezes, em atendimentos sumários e impessoais beirando a negligência.

A diversificação de empregos pode ser coerente com um cenário onde múltiplas instituições atuam em franco paralelismo, imunes à ação de qualquer mecanismo de coordenação, como tem ocorrido no Brasil nas últimas décadas. É incompatível, porém, com a proposta de reorganização do sistema de saúde que inclui, entre seus pressupostos, a integração dos órgãos públicos do setor, submetendo-os a um só comando em cada nível de governo.

Não é só por outro conjunto de motivos que o êxito da reforma sanitária depende da institucionalização do emprego único com salário justo para os profissionais de saúde em geral e para os médicos em particular, respeitado o direito de opção daqueles que já acumulam empregos legalmente.

Colidindo com esta proposta, a inesperada decisão da Constituinte representou um golpe na reforma que pode ser fatal. Mas ainda há tempo para neutralizá-lo. A votação no 2º turno será o momento adequado para a correção de eventuais equívocos cometidos no primeiro. A maioria, desde que informada sobre as conseqüências nefastas de sua primeira decisão, deverá ser sensível ao apelo para rever seu voto.

Para que essa mudança ocorra, ajudaria muito se aqueles constituintes comprometidos com a reforma sanitária, mas que — contraditoriamente — votaram a favor da acumulação, viessem a público praticar o saudável exercício da autocrítica.

O autor foi integrante da Comissão Nacional da Reforma Sanitária

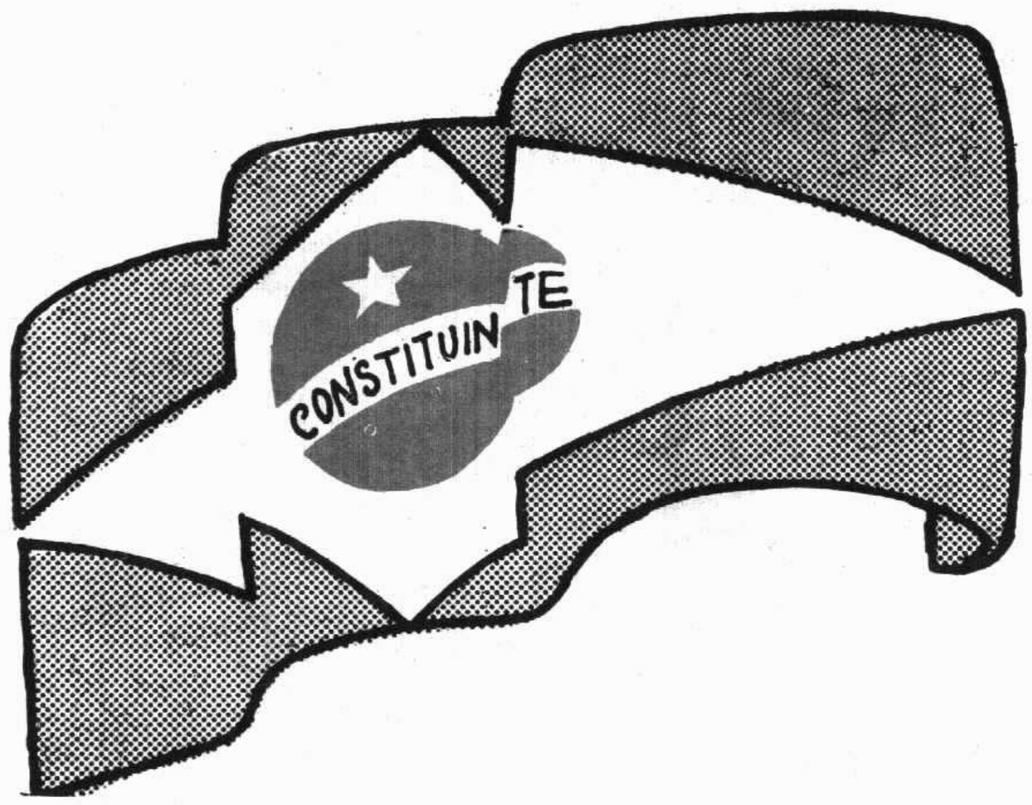
Estatização do sangue não causará falta do produto

"Não haverá falta de sangue em decorrência da estatização da atividade hemoterápica aprovada pela Constituinte, se a mudança do atual sistema de coleta, processamento e transfusão for gradual, com a iniciativa privada atuando de forma complementar na produção de derivados, enquanto a rede pública é reequipada e ampliada para assumir a totalidade do sistema".

Esta é a opinião de Vera Maria Leal Moreira Lima, da Coordenação Estadual de Sangue do Rio de Janeiro, núcleo responsável pela elaboração do Programa Estadual de Sangue e Hemoderivados (Proesah), que prevê a organização de uma completa rede de Hemocentros, bancos de sangue e unidades transfusionais, equipada e operada por pessoal qualificado em todo o Estado.

A proibição da comercialização do sangue e seus derivados vem sendo combatida pelos setores que obtêm lucro nesta atividade com os mesmos argumentos que não se mostraram capazes de impedir a estatização do sangue por 313 votos contra 127 e 37 abstenções. Uma das críticas é que a burocracia do Estado atrasaria o processo entre a solicitação e a transfusão do sangue para um paciente.

— Isto é um argumento absurdo — contesta Vera Maria. — No Rio, já existe uma estrutura oficial de bancos de sangue que atende grande parte da



população, através de todos os hospitais estaduais e alguns do Inamps, que só utilizam sangue dos bancos do governo. E o repasse funciona sem problemas, de forma imediata.

Ela reconhece a insuficiência no número de doadores, mas considera o problema possível de ser contornado através de campanhas e coletas localizadas. Mais importante, em sua opinião, é que haja decisão política por parte dos governantes para a necessária ampliação e melhoria da rede.

Vera discorda também da alegação de que o governo não teria condições de comprar e distribuir os hemoderivados que o País não produz em quantidade suficiente:

— O Estado terá melhores condições de importar e não buscará lucro como as empresas privadas, além de acabar com o câmbio negro da albumina, por exemplo. Os Programas Estaduais de Sangue fariam a importação e distribuição, articulados e coordenados por um programa nacional.

Durante a votação, parlamentares contrários à emenda diziam que a estatização não era boa para a saúde do povo,. porque a maioria dos constituintes médicos votaria contra. "Esse tipo de médico é basicamente um comerciante", avalia Vera. "Eles não querem o Estado envolvido na saúde, exceto quando repassa recursos para suas clínicas". E concluiu:

— Do ponto de vista internacional, está provado que para se ter um sistema hemoterápico eficiente num país, não pode haver possibilidade de lucro na atividade. Até nos Estados Unidos, onde é mais avançada a privatização, não é admitido o lucro com o sangue. Segundo a publicação americana **Clinical Practice of Blood Transfusion**, de Petz e Swisher, a probabilidade de ocorrer hepatites pós-transfusional é 20 vezes maior em sangue fornecido pela iniciativa privada do que por bancos públicos.

Quirino

COMUNIQUE-SE COM O PROJETO RADIS

Para entrar em contato com o Projeto RADIS e fazer sua assinatura inteiramente grátis, escreva para a Av. Brasil, 4.036/salas 513 e 515 — CEP 21.040 — Manguinhos — Rio de Janeiro — Tel.: (021) 270-9122 Ramais: 287 e 288.

REMETENTE:

Fundação Oswaldo Cruz
PROJETO RADIS
Av. Brasil, 4.036/sala 515
21.040 — Manguinhos
Rio de Janeiro — RJ

IMPRESSO

PORTE PAGO
DR/RJ

ISR — 52.1290/87